

TERATOMA CÍSTICO MADURO DE OVÁRIO ESQUERDO: RELATO DE CASO

ZANATTA, Rafaella Cristine¹
RYMSZA, Taciana²

RESUMO

O teratoma cístico maduro de ovário, também chamado de cisto dermóide ou teratoma cístico benigno é o tipo mais comum de tumores benignos ovarianos em mulheres. Seu tecido é originado a partir de células germinativas, possuindo componentes mesodérmicos, ectodérmicos e endodérmicos. A incidência é de 8,9 casos a cada 100.000 mulheres, ocorrendo principalmente em pacientes com idade inferior a 45 anos. Esse tipo de tumor é na maioria das vezes assintomático, no entanto algumas mulheres podem apresentar quadros de dor abdominal, distensão abdominal e/ou massa palpável. Dentre as possíveis complicações cita-se a transformação maligna, torção ovariana, ruptura espontânea, infecção e recorrência após remoção cirúrgica. Seu diagnóstico é incidental em grande parte das vezes, sendo realizado através de exames de imagem ou durante procedimentos cirúrgicos. O tratamento varia de acordo com as características individuais da paciente, podendo ser realizada cistectomia ou ooforectomia. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de uma paciente de 19 anos com queixas inespecíficas que teve diagnóstico incidental de teratoma cístico maduro em ovário esquerdo, sendo posteriormente submetida a uma ooforectomia esquerda e salpingectomia ipsilateral. A metodologia utilizada foi o estudo do prontuário hospitalar, dos exames laboratoriais e exames de imagem pelos quais a paciente foi submetida, bem como a revisão de literatura médica.

PALAVRAS-CHAVE: Teratoma, células germinativas, cisto, ovário.

MATURE CYSTIC TERATOMA OF THE LEFT OVARY: CASE REPORT

ABSTRACT

Mature cystic teratomas of the ovary, also called dermoid cyst or benign cystic teratoma are the most common type of benign ovarian neoplasm in women. Its tissue is originated from all germ layers, including ectoderm, mesoderm and endoderm. The reported incidence is 8,9 cases per 100.000 women, specially in patients with age under 45 years. This kind of tumors are usually asymptomatic, however some patients may present with abdominal pain, distension, and/or palpable mass. The complications of the pathology includes malignant transformation, ovarian torsion, spontaneous rupture, infection and recurrence after surgical removal. The diagnosis is usually incidental, though imaging or surgery. The treatment varies according to the individual characteristics of the patient, and can be performed with cystectomy or oophorectomy. The objective of the present study is to report the case of a 19-year-old patient with nonspecific complaints who had an incidental diagnosis of mature cystic teratoma in the left ovary and was subsequently submitted to left oophorectomy and ipsilateral salpingectomy. The methodology used was the study of hospital records, laboratory tests and imaging examinations for which the patient was submitted, as well as the medical literature review.

KEYWORDS: Teratoma, germ cells, cyst, ovary.

1. INTRODUÇÃO

O teratoma cístico maduro de ovário, também denominado cisto dermóide é a variante mais comum dentre os tumores ovarianos, correspondendo a 11-20% dos casos em mulheres adultas (OLIVEIRA; MARTINS; CUNHA, 2003). A doença acomete em sua maioria mulheres jovens, entre a segunda e a terceira década de vida (PADHAN; THAPA, 2014). Apesar dessa

¹ Acadêmica do 8º período do curso Medicina na Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: rafaella.cz@hotmail.com

² Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Mestre em Engenharia Biomédica pela UNIVAP e professora da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia na Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: tacirymsza@ig.com.br

predominância a doença pode acometer também crianças, sendo o tumor mais frequente nessa faixa etária, correspondendo a 50% dos casos (OLIVEIRA; MARTINS; CUNHA, 2003).

O seu acometimento é unilateral na maioria das pacientes, no entanto é possível haver o comprometimento bilateral dos ovários em até 12% dos casos (PADHAN; THAPA, 2014), com taxa de ocorrência ainda menor em crianças (D'IPPOLITO et al., 2006). Apesar de raro, o teratoma cístico maduro de ovário é passível de transformação maligna (BLACK et al., 2015), sendo esse risco maior quando excede 6cm de diâmetro (SAINT; SIMPSON, 2004). Em sua maioria os cistos dermóides são assintomáticos, quando causam sintomas estes são decorrentes da expansão do tumor e sua compressão em estruturas vizinhas ou ainda devido a complicações intercorrentes (VILAVERDE, et al., 2016).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente de 19 anos com queixas inespecíficas que foi diagnosticada de forma incidental com cisto dermóide em ovário esquerdo, relatar o manejo pós diagnóstico, assim como a realização de uma breve revisão de literatura acerca da patologia. O presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitario FAG e aprovado sob o número CAAE-79955117.6.0000.5219.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 19 anos, do sexo feminino, branca, recebida em consultório médico com história de dor intermitente em região de flanco esquerdo, de média intensidade, latejante, sem irradiação, sem fatores de melhora ou piora, de duração variável e ausência de sintomas associados, há aproximadamente 1 ano. Ao exame físico a paciente se apresentava em bom estado geral, afebril, acianótica, anictérica, com frequência cardíaca de 85 bpm e frequência respiratória de 20 irpm. Exame físico pulmonar, cardíaco e abdominal sem particularidades. A paciente foi encaminhada para a realização de Exames Laboratoriais, Ultrassonografia total de Abdome e Ultrassonografia Pélvica.

À ultrassonografia total de Abdome contatou-se imagens ecográficas compatíveis com a normalidade. À Ultrassonografia Pélvica foi constatado ovário esquerdo em localização superior, de contornos regulares e limites precisos, com medidas: longitudinal 6,23 cm x ântero posterior 4,37 cm x transversal 5,48 cm e volume de 77,58 cm³. Composto de massa mista heterogênea, com porção sólida hipoecóica, formação cística irregular de conteúdo anecóico e uma calcificação junto a parede do cisto. Imagens ecográficas sugerindo como principal hipótese diagnóstica o teratoma maduro de ovário. Ovário direito e útero sem alterações.

Figura 1 - Ultrassonografia Pélvica



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 - Ultrassonografia pélvica

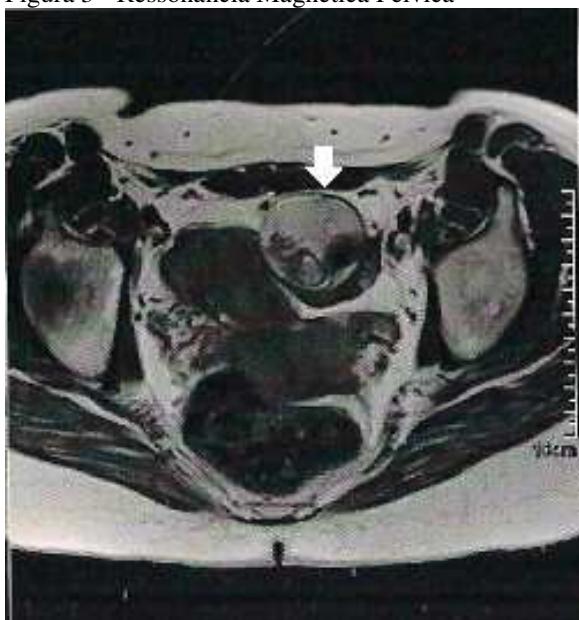


Fonte: Dados da pesquisa

Quanto aos exames laboratoriais, foram obtidos: Prolactina de 12,2 ng/mL, TSH de 1,877 µUI/mL, FSH de 4,46 mUI/mL, 1,7- Beta estradiol de 74,9 pg/mL, Testosterona livre de 1,04 ng/dL, todos dentro dos limites de normalidade. Além, disso, foi obtido CA 125 II de 42,7 U/mL (referência até 32,0 u/mL).

Após a realização dos Exames de Imagem e Laboratoriais supracitados, a paciente foi encaminhada para a realização de uma Ressonância Magnética (RN) Pélvica para a confirmação diagnóstica. À RN constatou-se Ovário esquerdo com dimensões aumentadas devido a presença de lesão focal, bem delimitada, de sinal heterogêneo, apresentando grande componente de gordura, traves internas que sofrem realce pelo meio de contraste e porção que restringe à difusão. Verificou-se pequena quantidade de estroma ovariano preservado – lesões compatíveis com teratoma maduro.

Figura 3 - Ressonância Magnética Pélvica



Fonte: Dados da pesquisa

Confirmado o diagnóstico de Teratoma cístico maduro de ovário esquerdo, a paciente foi submetida a uma ooforectomia esquerda e salpingectomia ipsilateral, através de uma laparotomia por incisão de Pfannenstiel. Não houveram intercorrências no intra e pós operatório. Ao exame anatomo-patológico de ovário esquerdo e tuba uterina constatou-se Teratoma Cístico Maduro de ovário esquerdo grau 0, negativo para células malignas e tuba uterina dentro dos limites da normalidade. Orientou-se à paciente a realização de consultas de retorno e US pélvica anuais para avaliação do ovário contralateral. Em acompanhamento há 4 anos, até a última consulta realizada não foram encontradas alterações no ovário direito.

3. DISCUSSÃO

O teratoma cístico maduro, também denominado cisto dermóide, é um tumor benigno e corresponde a 95% de todos os tumores de células germinativas em mulheres (HOFFMAN et al, 2014). Conforme descrito por Sanghera, Modir e Simon (2006), o cisto dermóide é composto por tecidos maduros derivados das três classes germinativas: ectoderme, mesoderme e endoderme. Essa composição proporciona a formação de tecidos como pele, cabelo, músculo, gordura, tecido cerebral, epitélio ciliado, ossos e cartilagem em seu interior (PRADHAN; THAPA, 2014). O nome “cisto dermóide” é decorrente do fato de que em todos os tumores existem elementos da epiderme (BARBOSA et al, 2003).

A incidência dessa patologia é de 8,9 casos a cada 100.000 mulheres, acometendo em maioria mulheres em idade reprodutiva, principalmente aquelas entre a segunda e terceira década de vida (GUERRIERO et al., 2009). Apesar dessa prevalência o teratoma cístico maduro pode também acometer crianças, sendo este o tumor mais frequente nessa faixa etária, com correspondência de 50% entre os tumores benignos (OLIVEIRA; MARTINS; CUNHA, 2003).

Em grande parte das vezes a sua ocorrência é unilateral, no entanto entre 10-15% dos casos os cistos dermóides podem acometer os ovários bilateralmente (VILAVERDE, et al., 2016). Seu crescimento é lento e o tamanho final normalmente não ultrapassa 15 centímetros (OLIVEIRA; MARTINS; CUNHA, 2003). Apesar de serem descritos casos familiares, o cisto demóide não pode ser considerado hereditário (HOFFMAN et al., 2014).

Segundo Yun-Ye et al. (2016) essa patologia se apresenta assintomática na maioria das pacientes. Porém, esporadicamente, os cistos dermóides podem se manifestar com sintomas como dor abdominal, massas pélvicas palpáveis e/ou hemorragias vaginais, entre outros (OLIVEIRA; MARTINS; CUNHA, 2003). De acordo com Pradhan e Thapa (2014), tumores com tamanhos maiores podem ainda se manifestar com dor abdominal aguda causada devido a alguns fatores como: torção ovariana, infecção, ruptura, formação de fistulas, obstrução intestinal, hemorragia e necrose. Apesar de raro, é possível ainda a ocorrência de transformação maligna do tumor, sendo mais frequente em pacientes na pós-menopausa e com taxa de ocorrência entre 0,17% a 2% (BLACK et al, 2015). Embora mais prevalente em pacientes mais velhas, a transformação maligna também pode ocorrer em mulheres mais jovens, sendo que tumores maiores que 6 cm possuem maior risco de malignização (SAIT; SIMPSON, 2004).

O diagnóstico geralmente é incidental através de exames de imagem ou durante procedimentos cirúrgicos (CHISHOLM; LEVINE, 2016). Segundo Oliveira, Martins e Cunha (2003) dentre os exames de imagem que podem ser utilizados como medida diagnóstica encontra-se a radiografia simples da pelve, que permite o diagnóstico em 50% dos casos devido a presença de ossos, dentes e densidade de gordura. De acordo com Santos e Cunha (2009) o ultrassom, tanto pélvico como transvaginal é o exame de primeira linha para a avaliação desse tipo de lesão ovariana, enquanto que a ressonância magnética possui uma maior acuidade diagnóstica e melhor diferenciação tecidual.

Conforme descrito por O’neill e Cooper (2011), ao exame ecográfico o teratoma cístico de ovário possui apresentações características, tais como: a presença do nódulo de Rokitansky, representado como um tubérculo ecogênico que se projeta no lúmen do cisto; “Malha dermóide”, um sinal referente a bandas ecogênicas causadas pela presença de fibras de cabelo dentro o cisto; e o Sinal da ponta do Iceberg, uma sombra acústica causada pela formação gordurosa no teratoma.

Apesar de 30% dos cistos dermóides não serem aparentes através do exame ecográfico (SAMPAIO et al., 2016), este pode ser útil para a diferenciação entre lesões ovarianas benignas e malignas (O’NEILL; COOPER, 2011). Conforme Sampaio et al. (2016), “a tomografia computadorizada e a ressonância magnética oferecem uma alta sensibilidade para a gordura e calcificações, que são importantes características do teratoma dermoide”.

Além dos exames de imagem, O’Neill e Cooper (2011) descrevem que também podem ser utilizados exames laboratoriais na investigação dos cistos dermóides. Esses exames podem ser úteis na diferenciação entre lesões benignas e lesões malignas no ovário. Ainda conforme descrito pelos autores, o marcador tumoral CA-125 pode ser detectado em 86% das pacientes acometidas pela doença, sendo que níveis acima de 35 U/mL podem ser considerados suspeitos de malignidade. Outros marcadores séricos também podem ser utilizados, tais como: B-HCG, para avaliar a presença de coriocarcinoma; alfa-fetoproteína, na investigação de tumor do seio endodérmico do ovario; LDH, para avaliar disgerminomas e testosterona, na investigação de tumores de células de Sertoli e Leydig.

Em relação ao tratamento, ainda não há consenso no Brasil a respeito da melhor abordagem cirúrgica, para a qual deve ser levado em consideração aspectos clínicos individuais de cada paciente. De maneira geral, observa-se uma maior realização de ooforectomias e salpingectomias em relação à cistectomia (VIEIRA et al., 2014). Nas mulheres jovens preconiza-se a tumorectomia com preservação do parênquima ovariano, no entanto, quando não é possível individualizar o parênquima ovariano normal torna-se necessária a realização de uma ooforectomia, principalmente em tumores mais volumosos (SOUZA et al., 2015).

Dentre os benefícios da abordagem cirúrgica laparoscópica enquadram-se: menor perda de sangue, redução da dor pós operatória e menor tempo de internação hospitalar (O’NEILL; COOPER, 2011). No entanto, a laparotomia é preferível para evitar complicações, tanto em mulheres com tumores grandes detectados ao ultrassom quanto para aquelas com marcadores tumorais positivos para células germinativas (SAIT; SIMPSON, 2004). Conforme O’Neill e Cooper (2011), deve-se levar em consideração o risco de adesão pós operatória e peritonite química decorrentes do extravasamento de células tumorais durante uma abordagem cirúrgica, cujo risco para intervenção laparoscópica é de 40-50%, comparado a 10-15% durante uma laparotomia exploratória.

De forma geral, de acordo com Sinha e Ewies (2016), a abordagem laparoscópica é o padrão ouro no manejo do tumor cístico maduro, no entanto a laparotomia pode ser necessária em alguns casos. Além disso, ainda segundo os autores, a ooforectomia deve ser padrão ouro para mulheres na pós-menopausa e em pacientes na perimenopausa que possuem múltiplos cistos ou um teratoma

muito grande, com pouco tecido ovariano normal presente para conservar, enquanto a tumorectomia deve ser considerada em pacientes mais jovens.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O teratoma cístico maduro de ovário é uma patologia frequente dentre os tumores benignos ovarianos, acometendo principalmente pacientes mais jovens. Apesar da maioria das mulheres acometidas apresentarem-se assintomáticas, quando apresentam sintomas estes podem ser desde inespecíficos, como relatado no caso, até dramáticos decorrentes de complicações.

O tratamento a ser escolhido deve levar em consideração características individuais de cada paciente, bem como as características específicas do tumor, o que varia de caso a caso. Devido a isso, ainda não há consenso sobre a melhor conduta terapêutica a ser adotada. A taxa de recorrência da patologia bem como o risco de malignização são muito pequenos, o que torna o prognóstico das pacientes acometidas muito bom.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Crônio de Almeida et al. Teratoma cístico ovariano maduro bilateral. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 13, n. 3, p. 218-221, 2003.

BLACK, Jonathan D et al. A Series of Malignant Ovarian Cancers Arising From Within a Mature Cystic Teratoma: A Single Institution Experience. **International Journal of Gynecological Cancer**, v. 25, n. 6, junho. 2015.

CHISHOLM, Andrea; LEVINE, Elliot M. **DynaMed Plus**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - Registro No. 115294, Mature cystic teratoma of the ovary; [atualizado 2016 Mar 18], Disponível em <http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=115294>, Acesso em: 26/10/2017.

D'IPPOLITO, Giuseppe et al. Neoplasias sólidas de ovário: Análise sistematizada e ensaio iconográfico. **Revista da Imagem**, v. 28, n. 3, p. 165-170, 2006.

GUERRIERO, Stefano et al. Mature and Immature ovarian Teratomas: CT, US and MR imaging characteristics. **European Journal of Radiology**. v. 72, n. 3, p. 454-463, dez. 2009.

HOFFMAN, Barbara L et al. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1402 p.

OLIVEIRA, Carlos; MARTINS, Isa; CUNHA, Teresa Margarida. Aspectos Radiológicos típicos e atípicos dos teratoma do ovário. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 16, n. 64, p. 53-60, out.-dez. 2004.

O'NEILL, Kathleen E; COOPER, Amber R. The Approach to Ovarian Dermoids in Adolescents and Young Women. **Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology**. v. 24, n. 3, p. 176-180, jun. 2011.

PRADHAN, Pramila; THAPA, Meeta. Dermoid Cyst and Its Bizarre Presentation. **Journal of Nepal Medical Association**, v. 52, n. 194, p. 822-829, 2014.

SAIT, Khalid; SIMPSON, Charles. Ovarian Teratoma Diagnosis and Management: Case presentations. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**. v. 26, n. 2, p. 137-142, 2004.

SAMPAIO, Joana et al. Mature cystic Teratoma of Ovary with Abnormally High Levels of Ca19-9: A case report. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 38, p. 365-367, 2016.

SANGHERA, P; EL MODIR, A; SIMON, J. Malignant Transformation within a dermoid cyst: a case report and literature review. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. v. 274, p. 178–180, 2006.

SANTOS, Plácido; CUNHA, Teresa Margarida. A Ecografia e a Ressonância Magnética nas alterações fisiológicas e benignas do ovário. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 21, n. 81, p. 27-35, jan.-mar. 2009.

SINHA, Abha; EWIES, Ayman A. A. **Ovarian Mature Cystic Teratoma: Challenges of Surgical Management**. *Obstetrics and Gynecology International*, 2016.

SOUZA, Elen et al. Preservação da fertilidade e dos ovários em mulheres com tumores anexiais benignos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 37, n. 1, p. 36-41, 2015.

VIEIRA, Leo Cezar et al. Cistectomia laparoscópica com preservação do tecido ovariano em teratoma maduro de ovário: relato de caso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 43, n. 3, p. 73-75, jul-set. 2014.

VILAVERDE, Filipa et al. Teratoma Maduro do Ovário Bilateral: Uma causa rara de dor abdominal. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. v. 23, n. 4, p. 53-54, out-dez. 2016.

YUN-YE, Long et al. Management of giant ovarian teratoma: A case series and review of the literature. **Oncology Letters**. v. 4, p. 672-676, jun. 2012.